



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO DE SALUD CON CAMA DE ARROYOHONDO
NIT: 806.008.082-4



**FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES DE
CONTRATISTAS DE PRESTACIÓN Y SUMINISTROS
DE SERVICIOS PROFESIONALES Y/O DE APOYO A
LA GESTIÓN**

Arroyo Hondo, Bolívar.
Fecha: noviembre de 2025

CONTRATISTA	IMER LUIS UTRIA LORA
FECHA DEL CONTRATO:	10-10-2025
Nº DEL CONTRATO:	CO1.PCCNTR.8440535
OBJETO Y ALCANCE DEL CONTRATO:	LA CONTRATACION DE LOS SERVICIOS DE UN PROFESIONAL DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD PARA BRIBDAR ACOMPAÑAMIENTO A LA E.S.E. CENTRO DE SALUD CON CAMA DE ARROYOHONDO COMO MEDICO GENERAL EN EL CONSULTORIO DEL AREA DE URGENCIAS
PERIODO:	DESDE EL ACTA DE INICIO HASTA EL 31 OCTUBRE
SUPERVISOR:	ALEXANDRA DANIELA CASIANI OROZCO

En cumplimiento del objeto del Contrato referenciado, he desarrollado durante el primer período del contrato, las siguientes actividades relacionadas con el objeto contractual:

Obligaciones contractuales	Actividades ejecutadas
1) cumplir el contrato en forma oportuna, en las condiciones consagradas en los estudios previos que forman parte integral del mismo	1. De acuerdo con el horario suministrado por la Enfermera Jefe de la institución liset Ramírez en el mes de octubre de 2025; presté mis servicios de medicina general en atención a pacientes, Los días programados en el horario descrito anteriormente de la ESE Centro de Salud Con Cama de Arroyo hondo.
2) Cumplir la Constitución y la normatividad que rige la contratación con entidades del Estado	2. Se cumplió esta actividad como se establecen acuerdos 028 y 029 de 2011; en pacientes POS que se presentaron con estas características.
3) Suscribir en conjunto con el Supervisor el acta de inicio del contrato y de más actas que se requieran durante la ejecución del contrato	3. Realice a cabalidad las actividades asignadas, dando cumplimiento al horario y agenda programada por el supervisor
4) obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales	4. Obro con lealtad y buena fé en las distintas etapas contractuales
5) colaborar con la ESE para que el objeto	5. Respondí adecuadamente por la buena calidad de los servicios suministrados a la ESE Centro de Salud Con Cama y el adecuado control de calidad de los mismos.



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO DE SALUD CON CAMA DE ARROYOHONDO
NIT: 806.008.082-4



**FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES DE
CONTRATISTAS DE PRESTACIÓN Y SUMINISTROS
DE SERVICIOS PROFESIONALES Y/O DE APOYO A
LA GESTIÓN**

<p>contratado se cumpla y sea de la mejor calidad</p> <p>6) acatar las instrucciones que para el desarrollo del contrato le imparta el Supervisor</p> <p>7) cumplir las obligaciones con los Sistemas de Seguridad Social en Salud, Pensiones y Riesgos Laborales, así como aportes parafiscales, cuando haya lugar</p> <p>8) cumplir con las condiciones técnicas, jurídicas, económicas, financieras y comerciales establecidas en el estudio previo</p> <p>9) guardar total reserva de la información que obtenga de la ESE en desarrollo del objeto contractual, salvo requerimiento de autoridad competente</p> <p>10) custodiar la documentación e información que en cumplimiento del objeto contractual sea entregada por la ESE, así como a la que tenga acceso</p> <p>11) las de más que procedan</p>	<p>6. Respeté y me acogí todos los estatutos y reglamentos de prestación de servicios y el reglamento interno de la institución.</p> <p>7. Cumplí con las obligaciones correspondientes al periodo a pagar, radicadas oportunamente y con el lleno de requisitos a la oficina de la Gerencia Subgerencia Administrativa, con afiliación efectiva a los sistemas de seguridad social en salud</p> <p>8. cumplí con las condiciones técnicas, jurídicas, económicas, financieras y comerciales establecidas.</p> <p>9. Como médico general y en cumplimiento a mi ética profesional guardo total reserva de la información obtenida en las instalaciones de la ESE</p> <p>10. estoy comprometido, velo y guardo en custodia cualquier documentación e información en el cumplimiento del objeto contractual, los registros de todas las observaciones, conceptos, decisiones y resultados de las acciones en salud desarrolladas, conforme a las características señaladas por la Ley, Decretos y Protocolos (Historias Clínicas, recetas médicas, entre otros), mediante el software SALUD AL DIA.</p> <p>11. las de más que procedan.</p>
---	---

Cordialmente,

IMER LUIS UTRIA LORA
CC. 1.051.358.305 de Calamar - Bolívar



FORMATO DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS Y AUTORIZACIÓN DE PAGOS ESE CSCA



Dependencia: **ASISTENCIAL** Fecha: **noviembre 2025**

ACTO ADMINISTRATIVO

DATOS DEL CONTRATO	Valor Contrato:	<u>13.200.000</u>	Valor a Pagar:	<u>4,400,000</u>	
	Número:	<u>CO1.PCCNTR.8440535</u>	Fec. Suscripción:	<u>10/10/2025</u>	
	N° CDP:	<u>251006001</u>	Fecha:	<u>06/10/2025</u>	
	N° RP:	<u>251010001</u>	Fecha:	<u>10/10/2025</u>	
	Rubro Presupuestal:	<u>Honorarios</u>		Periodo a pagar:	<u>Primer periodo de contrato</u>
	Requiere Informe:	<u>Si</u>	Entregó Informe: si	Suspensión	En tiempo

OBJETO DEL CONTRATO: El objeto del presente contrato es la "LA CONTRATACIÓN DE LOS SERVICIOS DE UN PROFESIONAL DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD PARA BRINDAR ACOMPAÑAMIENTO A LA ESE CENTRO DE SALUD CON CAMA DE ARROYO HONDO COMO MÉDICO GENERAL EN EL CONSULTORIO DEL ÁREA DE URGENCIAS".

FORMA DE PAGO: el valor del contrato es de TRECE MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS (13,200,000), que corresponde a los honorarios que la ESE pagará al Contratista. El valor de la prestación de los servicios se pagará en tres (3) cuota, valor de CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS M/CTE (\$4.400.000), previa presentación de la cuenta de cobro y el informe de Gestión. PARÁGRAFO. Para efectos de los desembolsos de que trata la presente cláusula, el Contratista deberá acreditar su debida afiliación y cotizaciones al Sistema de Seguridad Social.

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA

Nombre:	<u>IMER LUIS UTRIA LORA</u>		
Identificación:	Tipo de documento	Cédula: X	Nit: <u>1051358305</u>
Dirección:	<u>CALLE 9 BARRIO EL COLEGIO HATO VIEJO</u>		
Número de Teléfono:	FAX:	CEL: <u>3126442525</u>	
Clase y número de cuenta:	Corriente:	Ahorros: <u>X</u>	Número: <u>486-880911-55</u>
ASPECTOS TRIBUTARIOS	Persona Natural:	<u>X</u>	Persona Jurídica
	Marque con "X"	Gran Contribuyente	Autoretenedor
	Regimen	<u>simplificado</u>	
	He verificado de esta información frente al RUT:	<u>SI</u>	<u>X</u>

INFORME DEL SUPERVISOR

AVANCE DEL CONTRATO POR ACTIVIDAD	El contratista presentó el informe correspondiente:	<u>SI</u>	<u>X</u>	<u>NO</u>	No Folios	<u>2</u>
	El informe cumple con lo estipulado en el contrato	<u>SI</u>	Se remitió al Grupo de contratación o Talento Humano		<u>SI</u>	Fecha: <u>noviembre-12- 2025</u>
	Observaciones del interventor a las actividades ejecutadas					

APORTES SEGURIDAD SOCIAL	Aportes a Salud		Aportes a Pensión	
	Valor pagado	<u>250.000</u>	Periodo	<u>OCTUBRE 2025</u>
	Comprobante de pago Número:	<u>81357625</u>	Valor pagado	<u>320.000</u>
	Fecha de pago:	<u>30/10/2025</u>	Periodo	<u>OCTUBRE 2025</u>
			Comprobante de pago Número:	<u>81357625</u>
			Fecha de pago:	<u>30/10/2025</u>
Aportes a ARL		NOTA:		
Valor pagado	<u>48.800</u>	Periodo	<u>OCTUBRE 2025</u>	
Comprobante de pago Número:	<u>81357625</u>			
Fecha de pago:	<u>30/10/2025</u>			
Persona Jurídica:	Anexa Certificación del Revisor Fiscal:			<u>SI:</u> <u>NO:</u> <u>X</u>

SOLICITUD DE PAGO Certifico que las actividades se están ejecutando conforme a lo establecido en el contrato, que el contratista cumplió con los pagos de la seguridad social en salud y pensión conforme a las normas vigentes, los soportes de estos pagos fueron revisados y cotejados con los originales y corresponden a este contrato, por lo tanto autorizo el pago.

APLICACION RETENCION Manifiesto y declaro bajo gravedad de juramento que: Para efectos de la depuración de la base del cálculo de la retención en la fuente establecida en el artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016, el cual aplica sobre los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos provenientes de honorarios y compensaciones por servicios personales bajo ciertas circunstancias, "Que NO he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un término superior a 90 días continuos o discontinuos".

Anexos: Copia de aporte de pensión SI Copia de aporte de salud SI Cuenta de Cobro SI

FIRMA CONTRATISTA:	<u><i>Imery Utria Lora</i></u>	FIRMA SUPERVISOR:	<u><i>Alexandra Cassiani Orozco</i></u>
NOMBRE CONTRATISTA:	<u>IMER LUIS UTRIA LORA</u>	NOMBRE SUPERVISOR:	<u>ALEXANDRA DANIELA CASSIANI OROZCO</u>
C.C.:	<u>1.051.358.305 de Calamar - Bolivar</u>	CARGO:	<u>SUBGERENTE SUPERVISOR DEL CONTRATO</u>

